

Bärbel Lillie-Schulz
Heilpraktikerin
Klassische Homöopathie

Tollerstraße 27
13158 Berlin
Tel.: (030) 49 87 88 89

Liebe /r

Sie haben sich bei mir zu einer Homöopathischen Behandlung angemeldet,
am: _____ um: _____

Ich bitte Sie, zu diesem Termin den ausgefüllten FRAGEBOGEN und ein FOTO von sich mitzubringen.

FAMILIENANAMNESE:

Dazu gehören Erkrankungen Ihrer Eltern, Kinder, Geschwister, Groß-/Urgroßeltern, Tanten und Onkel.
Ordnen Sie bitte die jeweiligen Familienmitglieder den aufgeführten Krankheiten zu:

| |
|--|
| Diabetes mellitus (Zuckererkrankungen): |
| Gicht, erhöhte Harnsäure: |
| Rheuma: |
| Arteriosklerose, Bluthochdruck, Venenleiden, Hörsturz: |
| Herzinfarkt, Schlaganfall: |
| Leber-Gallenerkrankungen: |
| Magen-Darmerkrankungen: |
| Nierenerkrankungen: |
| Angeborene Mißbildungen, Defekte, Totgeburten : |
| Zwillinge: |
| Lungenentzündung, Asthma, Tuberkulose, Bronchitis: |
| Epilepsie: |
| Encephalitis (Gehirnentzündung), Meningitis (Hirnhautentzündung:) |
| Multiple Sklerose, Parkinson: |
| Augenkrankheiten: |
| Schilddrüsenerkrankungen: |
| Hautkrankheiten, Wucherungen, Warzen: |
| Eingewachsene Zehennägel |
| Krebs-Tumorerkrankungen: |
| Geistes-und Gemütskrankungen: |
| Frühzeitiges Todesalter: |
| |

Bärbel Lilie-Schulz
Heilpraktikerin
Klassische Homöopathie

Tollerstraße 27
13158 Berlin
Tel.: (030) 49 87 88 89

Tragen Sie bitte in chronologischer Reihenfolge STICHWORTARTIG die Beschwerden, Erkrankungen, Operationen sowie medikamentöse Behandlungen ein.

| Lebensjahr | Lebensjahr |
|-------------------|-------------------|
| 1 | 41 |
| 2 | 42 |
| 3 | 43 |
| 4 | 44 |
| 5 | 45 |
| 6 | 46 |
| 7 | 47 |
| 8 | 48 |
| 9 | 49 |
| 10 | 50 |
| 11 | 51 |
| 12 | 52 |
| 13 | 53 |
| 14 | 54 |
| 15 | 55 |
| 16 | 56 |
| 17 | 57 |
| 18 | 58 |
| 19 | 59 |
| 20 | 60 |
| 21 | 61 |
| 22 | 62 |
| 23 | 63 |
| 24 | 64 |
| 25 | 65 |
| 26 | 66 |
| 27 | 67 |
| 28 | 68 |
| 29 | 69 |
| 30 | 70 |
| 31 | 71 |
| 32 | 72 |
| 33 | 73 |
| 34 | 74 |
| 35 | 75 |
| 36 | 76 |
| 37 | 77 |
| 38 | 78 |
| 39 | 79 |
| 40 | 80 |
| | |

- Alle Angaben von Ihnen auf diesem Fragebogen sind freiwillig -

Bärbel Lilie-Schulz
Heilpraktikerin
Klassische Homöopathie

Tollerstraße 27
13158 Berlin
Tel.: (030) 49 87 88 89

Unter welchen Hauptbeschwerden leiden Sie?

| |
|--|
| |
| |
| |

Seit wann bestehen die Beschwerden?

| |
|--|
| |
| |

Wo genau sind die Beschwerden lokalisiert?

| |
|--|
| |
| |

Wie fühlen sich die Schmerzen / Beschwerden genau an?

| |
|--|
| |
| |

Wodurch werden Ihre Beschwerden gebessert?

(Z.B.: kalte/warme Anwendungen, drücken, reiben, liegen, bewegen, ect. ...)

| |
|--|
| |
| |

Wodurch werden Ihre Beschwerden verschlechtert?

| |
|--|
| |
| |

Was ist der Auslöser Ihrer Beschwerden?

| |
|--|
| |
| |

Wie ist Ihre Wärmeregulation allgemein?

Eher warm oder fröstelig:

| |
|--|
| |
| |

Auszufüllen bei Wechseljahresbeschwerden, oder wenn es zur Hauptbeschwerde gehört:

Wo schwitzen Sie?

| |
|--|
| |
| |

Wie ist der Schweiß (warm, kalt, in tropfen...)?

| |
|--|
| |
| |

Wann schwitzen Sie besonders (Zeiten, Anlässe...)?

| |
|--|
| |
| |

Fieber:

Haben Sie Fieber?

Wie oft und wie hoch?

| |
|--|
| |
| |

Schlaf:

Wie schlafen Sie?

Gibt es bestimmte Aufwachzeiten?

Oder leiden Sie an Einschlafstörungen?

Wie ist Ihre Schlaflage?

Leiden Sie an Speichelfluss?

| |
|--|
| |
|--|

Bärbel Lilie-Schulz
Heilpraktikerin
Klassische Homöopathie

Tollerstraße 27
13158 Berlin
Tel.: (030) 49 87 88 89

Überempfindlichkeiten:

Z.B.: Licht, Dunkelheit, Gerüche, Geräusche, Erschütterungen oder andere?

Eiterungen:

Hals, Ohren, Wunden, Narben, Ohringlöcher...

Unterleibsbeschwerden:

Blasen-oder Prostataerkrankungen?

Genitale Pilzinfektionen, erhöhte PAP-Werte ?

Geschlechtskrankheiten(Tripper)

Für Mütter mit Säuglingen und Kindern:

Probleme beim Stillen / Säuglingsernährung?

Frühgeburt?

Probleme in der Schwangerschaft?

Was macht Ihnen Angst?

Gibt es wiederkehrende Träume?

Welche?

Wie ist es mit dem Selbstwertgefühl?

Wie ist Ihr Ordnungssinn?

Haben Sie eine Lieblingsbeschäftigung/Hobbies/Lieblingsspielzeug ?

Speisen und Getränke:

Welche Speisen und Getränke mögen Sie besonders gerne?

Welche lehnen Sie ab?

Welche vertragen Sie nicht?

Gewürzt, süß, warme oder kalte Speisen?

Wie ist der Durst? gering groß auf warmes auf kaltes tagsüber nachts